



Cette fiche d'information, a été réalisée par trois sociétés savantes : l'Association Française d'Urologie (AFU), la Société Interdisciplinaire Francophone d'Urodynamique et de Pelvi-Périnéologie (SIFUD-PP) et le Groupe d'étude de Neuro-Urologie de langue Française (GENULF). Elle est destinée à l'information des patients et de leurs proches ainsi qu'aux usagers du système de santé.

Les raisons de l'acte que vous propose votre médecin, son déroulement, les conséquences habituelles et les risques fréquents ou graves normalement prévisibles sont exposées ici. Les conditions du suivi après examen ou intervention sont également précisées.

Ce document se veut un complément de l'information et des explications délivrées par votre médecin, pour vous apporter une aide dans la prise de décision partagée avec votre médecin

Sphinctérotomie prothétique

INTRODUCTION / OBJECTIF	
OBJECTIF	Permettre que les urines soient éliminées rapidement et complètement de la vessie, sans avoir recours à des sondages.
L'ORGANE	Après une lésion de la moelle épinière on peut parfois noter une modification du fonctionnement du sphincter urinaire de la vessie qui tarde à s'ouvrir ou bien reste fermé au moment de la miction. Ce dysfonctionnement est source d'incontinence, de difficulté à uriner et de vidange incomplète de la vessie. De plus sans traitement il est possible d'avoir des complications rénales, des calculs et des infections urinaires.
PRINCIPE DE L'INTERVENTION	Pour obtenir la vidange de la vessie, on peut utiliser les contractions réflexes du muscle vésical. Il est dans ce cas important de diminuer l'importance de l'obstacle entraîné par l'absence de relaxation sphinctérienne durant la contraction vésicale. L'objectif est d'obtenir une vidange complète rapide et à basse pression. Pour cela, on peut proposer d'insérer une prothèse à l'intérieur du sphincter. C'est ce que l'on appelle une « sphinctérotomie prothétique ». Ceci peut être proposé à titre temporaire pour tester le mode mictionnel et vérifier sa tolérance (4 à 12 mois selon le modèle de prothèse utilisée) ou a titre définitif par la mise en place d'une prothèse destinée à s'intégrer à l'urètre.
AUTRES OPTIONS DE PRISE EN CHARGE	Le traitement de référence de ces troubles est le sondage intermittent propre de la vessie. La sphinctérotomie s'adresse donc à des patients de sexe masculin, ne pouvant (tétraplégie haute) ou ne voulant pas utiliser l'auto sondage, tolérant bien l'étui pénien, et après échec du traitement médical.
L'INTERVENTION / LE SEJOUR	
CE QUE VOUS POUVEZ FAIRE POUR QUE LE GESTE SE DEROULE LE MIEUX POSSIBLE	<ul style="list-style-type: none">▪ Si vous avez des difficultés d'appareillage avec les étuis pénien, il est important que vous le signaliez à l'urologue.▪ Votre urologue peut prévoir une consultation d'anesthésie soit parce-qu'il estime qu'une anesthésie sera nécessaire pour la mise en place de la prothèse, soit pour que vous puissiez bénéficier d'une surveillance accrue pendant le geste. Dans ce cas :<ul style="list-style-type: none">○ Pensez à amener toutes vos ordonnances et les examens de sang récents○ Il est important que vous signaliez : toute allergie, la prise d'anti-coagulants, tout problème médical qui vous semble important à signaler.▪ Si vous avez des problèmes cutanés ou une fragilité particulière, signalez-le au cadre infirmier pour qu'il puisse le cas échéant prévoir un lit adapté. De même, si vous avez un fauteuil roulant, demandez-lui s'il est possible de garder votre fauteuil dans la chambre durant la période d'hospitalisation.▪ Une semaine avant l'intervention : faites faire un nouvel ECBU. En cas d'infection urinaire, un traitement doit impérativement être prescrit au moins 48H avant le geste.▪ En arrivant dans le service, signalez les éventuels problèmes cutanés que vous avez, de même que la présence d'une infection urinaire et le traitement qui vous a été prescrit.▪ Pendant l'hospitalisation, n'hésitez pas à demander à l'équipe infirmière de réaliser des lavements évacuateurs ou des touchers rectaux si vous en avez besoin tous les jours pour garder un transit équilibré.

TECHNIQUE OPERATOIRE	<p>La prothèse est en général mise en place en regard du sphincter strié. Chez certains patients, on peut volontairement pointer le col vésical ou l'urètre prostatique en cas d'obstacle associé ou suspecté à ces niveaux. L'ensemble du geste est fait par voie endoscopique, en passant les instruments à travers le canal de l'urètre.</p> <p>L'avantage des sphinctérotomies prothétiques est d'être réversibles, même si cela n'est pas totalement démontré pour les prothèses définitives (restitution ad integrum du sphincter strié) et de réduire les durées d'hospitalisation en milieu chirurgical ainsi que les complications notamment hémorragiques ou sexuelles de la sphinctérotomie chirurgicale.</p>
DUREE PREVISIBLE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ de l'intervention : 1H ▪ du passage en salle de réveil : 1H ▪ du séjour : 1 à 3 jours
SUITES HABITUELLES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sortie de salle de bloc sans sonde ▪ Vérification de la bonne vidange vésicale dans le service ▪ En cas de doute, sondage évacuateur à travers la prothèse possible
LE RETOUR A DOMICILE	
PREPARATION A LA SORTIE ET SOINS A DOMICILE	<ul style="list-style-type: none"> • Ordonnances de sortie : consultation de contrôle (1-3 mois) pour vérification du bon fonctionnement de la prothèse ▪ Demander le CRO pour préciser le type de prothèse portée
REPRISE D'ACTIVITÉS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elle est possible dès la sortie de l'hôpital
SUIVI POST OPERATOIRE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Il est conseillé de prévoir une exploration endoscopique en consultation une fois par an tant qu'une prothèse est en place. Si la prothèse mise en place était temporaire, il faut prévoir une nouvelle discussion sur le mode de vidange vésical après un an.
RISQUES ET COMPLICATIONS	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Complications pendant l'opération <ul style="list-style-type: none"> ▪ Risque vital : Aucun ▪ Augmentation de la tension artérielle pour les patients qui souffrent d'hyperréflexie ▪ Migration ou impossibilité de mettre en place la prothèse
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Complications post opératoires précoces <ul style="list-style-type: none"> ▪ Infection urinaire fébrile ▪ Migration de la prothèse ▪ Saignements de l'urètre pouvant obstruer temporairement la prothèse ▪ Augmentation de la tension artérielle pour les patients qui souffrent d'hyperréflexie.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Complications tardives : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incrustation de la prothèse ▪ Obstruction de la prothèse ▪ Infections urinaires symptomatiques à répétition
AUTRES SOURCES D'INFORMATION	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Site de l'Association Française d'Urologie : www.urofrance.org ▪ Site du GENULF : www.genulf.com ▪ Site SIFUD-PP : www.sifud-pp.org

Comité de rédaction de la fiche : A Ruffion, X Game, G Karsenty, M de Seze, E Castel, S Bart, JJ Labat, P Grise, C Scheiber-Nogueira, L Cormier, P Denys

Année de rédaction de la fiche : 2008

Année d'actualisation de la fiche : 2008



Sphinctérotomie prothétique (Incontinention)

Fiche résumée

PRINCIPE	Permettre que les urines soient éliminées rapidement et complètement de la vessie, sans avoir recours à des sondages. Cette intervention peut se faire avec des prothèses temporaires ou définitives.
LISTE POUR VOUS PREPARER A L'INTERVENTION	<ul style="list-style-type: none">▪ Si vous avez des difficultés avec vos étuis péniens, signalez-le à votre urologue.▪ Une consultation d'anesthésie va être faite (un à trois mois avant le geste)<ul style="list-style-type: none">○ Pensez à amener toutes vos ordonnances et les examens de sang récents○ Il est important que vous signaliez : toute allergie, la prise d'anti-coagulants, tout problème médical qui vous semble important à signaler.▪ Si vous avez des problèmes cutanés ou une fragilité particulière, signalez-le au cadre infirmier pour qu'il puisse le cas échéant prévoir un lit adapté. De même, si vous avez un fauteuil roulant, demandez-lui s'il est possible de garder votre fauteuil dans la chambre durant la période d'hospitalisation.▪ Une semaine avant l'intervention :<ul style="list-style-type: none">○ Faites faire un nouvel ECBU. En cas d'infection urinaire, un traitement doit impérativement être prescrit au moins 48H avant le geste.▪ En arrivant dans le service, signalez les éventuels problèmes cutanés que vous avez, de même que la présence d'une infection urinaire et le traitement qui vous a été prescrit.▪ Pendant l'hospitalisation, demandez des lavements évacuateurs ou des touchers rectaux si vous en avez besoin tous les jours pour garder un transit équilibré.
SUIVI POST OPERATOIRE	<ul style="list-style-type: none">▪ A 3 mois et à 1 an : Consultation neuro-urologie, bilan urodynamique, échographie rénale et radiographie du ventre (ASP). Prise de sang (créatinémie)▪ Un suivi médical annuel est indispensable, avec au minimum une radiographie du ventre (ASP), une échographie rénale et une prise de sang pour mesure de la clairance de la créatinine (fonctionnement du rein). La constatation de saignements, des épisodes d'infection urinaire avec des symptômes (fièvre, douleur), la réapparition de fuites d'urine doivent vous faire consulter.▪ Une endoscopie annuelle est indispensable tant qu'une prothèse est en place dans votre canal urinaire.▪ Les analyses d'urine pour rechercher une infection ne doivent pas être faites de façon systématique.